

Szpital Uniwersytecki
im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
Dział Aparatury Medycznej
85-094 Bydgoszcz, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9
tel. (052) 585-41-16; fax (052) 585-40-63
(nazwa jednostki upoważnionej do
realizacji zamówienia)

Oznaczenie sprawy ZAM/28/2019
Pozycja z Planu Zamówień Publicznych -
Koszt ujęty w PRF pkt : 404-002

PROTOKÓŁ
z przebiegu postępowania o udzielenie zamówienia,
którego wartość szacunkowa nie przekracza wyrażonej w złotych
równowartości kwoty 30.000 euro.

Naprawa pomp infuzyjnych SP-12S Aitecs SN: 177305, 155705, 076306, 177205, 155805, 156005, 241806. (opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	-	-
	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
(opis przedmiotu zamówienia)		
(ilość)	-	-
	(cena jedn. brutto)	(wartość zamówienia brutto)
Wartość szacunkowa zamówienia		-
	(w zł netto)	(w euro)

Wartość szacunkową zamówienia ustalono na podstawie :		28-02-2019 (data ustalenia)	(data aktualizacji)
cen rynkowych		analizy wydatków za rok ubiegły	
wysokości wydatków ujętych w planie rocznym		analizy wydatków z poprzednich 12 miesięcy	
cen dostaw poprzednio zrealizowanych		kosztorysu inwestorskiego	
<input checked="" type="checkbox"/> posiadanych ofert		z uwzględnieniem prognozy wzrostu cen	

W przedmiotowym postępowaniu zamawiający określił kryteria oceny ofert	100% cena
--	-----------

Zaproszenia do złożenia ofert przy zamówieniu do 1.000 euro skierowano:			(data)
<input type="checkbox"/> pocztą elektroniczną/email	<input type="checkbox"/> faksem	<input type="checkbox"/> pocztą	
do poniższych, potencjalnych oferentów:			
(nazwa)		(adres, telefon itp.)	

Zamówienie powyżej 1.000 euro ogłoszono na stronie internetowej SU nr 1	12-03-2019 (data)
---	----------------------

W wyznaczonym terminie zostały złożone oferty przez poniżej wymienionych oferentów o wartości zamówienia w zł:	15-03-2019 r. (data złożenia ofert)	
Promed S.A. (nazwa oferenta)	4 276,57 (netto)	5 260,19 (brutto)
(nazwa oferenta)	(netto)	(brutto)
(nazwa oferenta)	(netto)	(brutto)

W wyniku badania i oceny złożonych ofert za najkorzystniejszą wybrano ofertę:	
A	(nazwa oferenta) Postępowanie unieważniono z powodu braku konkurencyjnej oferty, brak możliwości porównania ofert.
B	(nazwa oferenta) (uzasadnienie wyboru oferty)

Informacje dodatkowe mające znaczenie dla postępowania:	
<input checked="" type="checkbox"/>	postępowanie unieważniono lub zaniechano prowadzenia
<input type="checkbox"/>	powołane komisję opiniodawczą
<input type="checkbox"/>	obowiązkowe zawarcie umowy
<input type="checkbox"/>	nieobowiązkowe zawarcie

Protokół sporządzono w jednym egzemplarzu, który pozostaje w zbiorze dokumentów jednostki upoważnionej do realizacji zamówień.	
DZIAŁ APARATURY MEDYCZNEJ 14.03.2019r. (data i podpis osoby dokonującej zamówienia)	ds. Technicznych i Eksploatacji Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy (data i podpis Dyrektora Biura)
Specjalista (data i podpis Kierownika Działu jednostki dokonującej zamówienia)	Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy (data i podpis Kierownika Zamawiającego)

Do postępowania nr ZAM/ 16344